

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

267

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Mademoiselle Amélie BEAUVAIS

Née à Laval (Aisne), le 30 décembre 1874

COEXISTENCE DE L'HÉMATOCÈLE

ET DE

L'APPENDICITE

Président : M. LEJARS, professeur.



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE
NORBERT MALOINE, ÉDITEUR
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1925

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Mademoiselle Amélie BEAUVAIS

Née à Laval (Aisne), le 30 décembre 1874

COEXISTENCE DE L'HÉMATOCÈLE

ET DE

L'APPENDICITE

Président : M. LEJARS, professeur.



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE
NORBERT MALOINE, ÉDITEUR
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG. . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expériment^{le}
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE. . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RIBIERRE . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 ROUVIÈRE. . Anatomie.
 N. Physique médicale.
 TANON. . . . Pathologie médicale.
 TIFFENEAU . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VERNE. . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.
 WELTER . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS. . . . Physiologie.
 GOUGEROT. . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . Histologie.
 ROUSSY . . . Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY. . .	Clinique médicale.
LERÉBOULLET . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale
LERI . . .	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Clin. ophtalmologique.
LEPER . . .	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
N...	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse,
avec l'assurance de notre sincère
gratitude.*

A M. le Dr MAUCLAIRE

Chirurgien de la Pitié

*Qui nous a fourni le sujet
de notre thèse avec l'assurance
de notre profonde reconnaissance
pour les précieux conseils et la
bienveillance dont il nous a tou-
jours honorée.*

A LA MÉMOIRE DE

MON GRAND-PÈRE

MON PÈRE

MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR; A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages 1907-1908-1909-1910.

M. le Professeur DIEULAFOY

M. le Professeur RECLUS

M. le Professeur POZZI (*in memoriam*)

M. le Dr CAMPENON

M. le Dr MAUCLAIRE

M. le Dr LEGENDRE

M. le Dr BOISSARD

A TOUS NOS AUTRES MAITRES DES HÔPITAUX

dont la science nous a servi de guide,
au cours de nos études.

Avant d'entreprendre ce modeste travail qui clôture nos années d'études, nous ressentons une véritable satisfaction à pouvoir témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin se sont intéressés à nous pendant le cours de ces longues années.

Notre première pensée sera pour nos chers Morts qui nous ont précédée dans un monde meilleur et dont le souvenir fut bien souvent notre égide en des moments de dur labeur.

Tout d'abord nous rappellerons le souvenir de notre grand-père maternel à qui la reconnaissance d'un pays tout entier dédia avec un monument ce touchant éloge :

A LA MÉMOIRE

DE GRÉGOIRE DAVID MARCQ (1794-1873)

Ex chirurgien de Marine, Médecin
Maire de Laval (Aisne)

« Un infatigable dévouement pour soulager ceux qui souffraient ; un désintéressement admirable en faveur de ses clients peu favorisés de la fortune ; tels furent pendant sa longue carrière ses mérites devant Dieu, et ses titres au souvenir reconnaissant de sa nombreuse clientèle. »

Heureux celui qui sait se faire une aussi belle part !...

Sa carrière de dévouement fut reprise et continuée par notre Père à qui les années courtes dans le temps (1847-1891) furent longues de labeur incessant. Il mourut victime de son devoir au cours de l'épidémie de grippe si terrible en cet hiver 1890-1891.

Aussi ne saurions-nous rendre de meilleur hommage à

leur mémoire qu'en les suivant sur le chemin de l'honneur et de la vertu qu'ils nous ont tracé.

Nous sommes heureux de pouvoir dire à notre Mère notre vive gratitude pour la constante sollicitude et le dévouement qu'elle nous a toujours témoignés ; nous espérons la dédommager bientôt de l'appui moral et matériel qu'elle n'a cessé de nous prêter ainsi qu'à notre frère et notre sœur.

Mais qu'il nous soit également permis d'exprimer notre respectueuse reconnaissance à notre Maître, M. le Dr Mauclore, Chirurgien de la Pitié, qui nous ayant indiqué le sujet de cette thèse, a bien voulu nous en fournir les documents et nous donner les conseils précieux de sa haute autorité pour mener jusqu'au bout ce travail. Que M. Mauclore veuille bien être notre interprète auprès de M^{me} Mauclore pour l'assurer de la reconnaissance émue que nous lui garderons toujours de l'aide si efficace qu'elle nous a accordée à « La paroisse de l'Aisne » en 1917-1918 à notre retour des dures années de captivité.

COEXISTENCE DE L'HÉMATOCÈLE

ET DE

L'APPENDICITE

INTRODUCTION — HISTORIQUE

L'attention sur la coexistence de l'hématocèle et de l'appendicite pelvienne, fut surtout mise en relief pour la première fois en 1902 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'une part, à la Société de Chirurgie d'autre part, discussion à laquelle participaient MM. Potherat, Pinard, Legueu. Segond, frappé de la coexistence des lésions appendiculaires et des lésions annexielles, dénonce les complications du « flirt appendiculo-ovarien » ou « flirt appendiculo-annexiel », et insiste sur les relations lymphatiques entre ces différents organes. Si Aguin en 1902 et Furesq en 1912, consacrent leur thèse aux erreurs de diagnostic entre l'appendicite et la grossesse ectopique ou l'hématocèle, la coexistence ne nous semble en avoir été signalée pour la première fois en France, qu'en 1903, au Congrès français de chirurgie par M. Témoin, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Bourges ; les deux observations qu'il apporta à ce sujet sont relatées dans notre travail.

Pellet dans sa thèse (Lyon, 1908) rassemble et analyse les observations de Barnsby (de Tours) de Tixier, de Sutter, de Témoin, de Bourges, de Boursier, de Billard, de Gilhol.

Dans ces dernières années, de nombreux travaux ont paru tant en France qu'à l'étranger, sur l'appendicite de la

femme, sur le diagnostic de l'appendicite et des annexites, sur les rapports qui existent entre les inflammations de l'appendice et celles des organes du petit bassin.

Dans plusieurs leçons, M. Mauclaire a étudié les causes possibles de la coexistence de l'appendicite et de la grossesse tubaire.

Dans ces leçons il insistait sur les réactions de l'appendicite sur la trompe par des causes mécaniques (compression, coudure, par adhérences, rétrécissement) et par des causes infectieuses (ovarite et salpingite).

Dans son rapport sur *Appendicite et grossesse tubaire* par le Dr Tussau de Lyon, à la « Société des chirurgiens de Paris », séance du 1^{er} mai 1925, M. M.-H. Blanc dit :

« Quoi qu'il en soit des conditions étiologiques qui président à ces lésions complexes, nous pouvons dire que souvent l'une des deux est méconnue ou encore que l'erreur de diagnostic est complète, et cependant méconnaître une grossesse tubaire qui évolue vers la rupture ou qui déjà est rompue, c'est s'exposer aux pires désastres. Donc, écrit M. Tussau, « un diagnostic précis et rapide s'impose » et il énumère en insistant sur les difficultés du diagnostic, les différents cas où l'erreur peut se produire. Ce chapitre ne peut être qu'esquissé, car il nous entraînerait beaucoup trop loin, mais ce qu'il faut retenir, c'est que, dans les cas difficiles, c'est surtout en s'attachant à serrer de près l'histoire des règles et des phénomènes pelviens que l'on pourra se garder des méprises, heureux si l'on trouve, dans le cul-de-sac latéral ou postérieur, cet empatement non douloureux qui augmente progressivement bien connu depuis longtemps et retrouvé par Solowij et Bertolini. Quand on ne se trouve en présence ni des « protestations indignées de veuves incorrectes », ni des « dénégations formelles de demi-vierges », la notion du retard de règles et d'hémorragies à répétition, après ce retard, sera toujours très importante pour le diagnostic, malgré les

« signes appendiculaires pouvant exister en même temps.
« Quant à admettre avec M. Tussau, que ces hémorragies
« n'ont pas grande valeur, parce qu'elles sont fréquentes
« dans l'appendicite, je ne le puis, et laisse à l'auteur la
« responsabilité de cette assertion que ni mes lectures, ni
« mes observations ne me permettent d'approuver. »

Si l'on en jugeait par le nombre des travaux publiés, on pourrait croire que les inflammations des annexes ont une grande importance au point de vue de la genèse de l'appendicite.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que l'existence d'une lésion inflammatoire ou autre des annexes, favorise sinon le développement d'une crise aiguë d'appendicite motivant une intervention, tout au moins celle de lésions inflammatoires chroniques de l'appendice.

Une statistique de Himt Rob States établit le fait que les lésions inflammatoires de l'appendice se rencontrent deux fois plus souvent dans les cas d'annexites que dans ceux d'annexes saines et prouve donc que les lésions inflammatoires des annexes réagissent dans un certain nombre de cas sur l'appendice.

Ausujet de la situation variable de l'appendice les travaux de Legueu, d'Alglave, venant après ceux de Trèves (1885), Fergusson (1891), Lockwood et Rolleston (1891), Tuffier et Jeanne (1898) ont montré que l'appendice iléo-cœcal est en position iliaque moyenne dans 55 %, position haute dans 31 %, position basse 14 %.

M. Waggeli (de Genève), dans la séance du 10 juin 1907, a recherché dans quelle proportion l'appendice se trouvait altéré dans les différentes affections gynécologiques qui forment le bloc des laparotomies exécutées par lui et M. M.-O. Beuttner, de 1907 à 1917.

Les lésions appendiculaires se trouvant dans 75 % des kystes tordus de l'ovaire droit, 25 % des grossesses tubaires droites, 23,7 % des annexites droites ou doubles, etc.,

un examen clinique minutieux amena l'auteur à la conclusion que les altérations appendiculaires sont le plus souvent à considérer non comme de véritables appendicites, mais comme la simple propagation d'une inflammation des organes génitaux sur l'appendice. La lésion appendiculaire concomitante est presque toujours secondaire à l'affection gynécologique : l'annexite secondaire d'une appendicite doit être considérée comme excessivement rare.

Wageli insiste sur le fait que les lésions appendiculaires diminuent de fréquence avec l'éloignement de l'organe primitivement atteint, qu'elles diminuent surtout dans le cas où l'affection gynécologique n'est pas de nature inflammatoire.

Kelly était bon observateur en remarquant : « Statistiques en mains, la mortalité appendiculaire est plus grande chez la femme que chez l'homme, parce que la femme a ses organes génitaux trop près de l'appendice. La mort rapide lors des appendicites féminines est fréquente tandis qu'on ne l'observe que rarement, pour ainsi dire point, chez l'homme. »

De nombreuses études ont fixé définitivement les relations de l'appendicite et de l'hématocèle et particulièrement les travaux si autorisés de MM. Hartmann (1) et Lenormant ne laissent plus rien à ajouter à cette question ; aussi le but très modeste de notre travail sera-t-il d'y apporter une contribution toute documentaire en relatant tout d'abord deux observations inédites sur la *coexistence de l'hématocèle et de l'appendicite pelvienne* que nous devons à l'obligeante sollicitude de M. le Dr Mauclaire, qui nous a autorisée à en faire le sujet de notre thèse ; nous l'en remercions vivement ; nous avons également été favorisée par la publication du rapport de M. M.-H. Blanc à la « Société des chirurgiens de Paris » (1^{er} mai 1925) sur Appendicite et grossesse tubaire

1. H. Hartmann. *Appendicite et annexite. Annales de gynécologie et obstétrique*, 1908.

de M. le Dr Tussau de Lyon, contenant quatre observations inédites et que nous reproduisons plus loin (Obs. III, IV, V) et observation VI personnelle à M. M.-H. Blanc ; nous exprimons notre reconnaissance à tous ceux de nos Maîtres aux publications desquels nous avons fait de fréquents emprunts pour mener à bien notre travail.

Nous étudierons successivement :

- l'étiologie des hématoécès ;
- leur pathogénie ;
- leur symptomatologie ;
- leur diagnostic ;

puis des relations de cause à effet entre l'hématoécèle et l'appendicite et enfin le traitement de l'appendicite compliquée de grossesse tubaire ou d'hématoécèle.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE DES HÉMATOCÈLES

Les hypothèses concernant la genèse de l'avortement tubaire se classent en quatre groupes :

- 1^o Disposition embryologique ;
- 2^o Coudure, torsion, rétrécissement par adhérences ou tumeur ;
- 3^o Troubles physiologiques au moment de la fécondation ;
- 4^o Infection assez atténuée pour ne pas avoir déterminé l'occlusion et pour ne pas avoir créé des conditions empêchant l'œuf de vivre.

Les causes qui déterminent le développement de l'ovule fécondé en un lieu anormal sont inconnues ; sans aucun doute les salpingites anciennes, les inflammations tubaires, la désorganisation de l'épithélium et la perte de ses cils, le rétrécissement inflammatoire de l'ostium utérinum en sont la cause la plus commune.

Mais on a bien souvent trouvé la trompe intacte et peut-être ne faut-il voir souvent dans cet « arrêt de l'ovule » en un point anormal que l'effet de causes fortuites.

Peut-être doit-on invoquer également certaines prédispositions anatomiques, puisque les récidives des grossesses ectopiques ne sont pas rares.

C'est dans la trompe que se fait le plus souvent l'évolution anormale de l'embryon, et la grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente ; au moins les 9/10 des grossesses ectopiques.

Lecène a signalé un cas où l'œuf s'était développé dans

un des diverticules que présente la trompe près de son insertion sur l'utérus. La tumeur collée dans l'angle tubo-ovarien semble être intra-péritonéale.

Les hématoécèles à développement sournois et progressif compliquent ordinairement une autre lésion (salpingite, corps fibreux) elles sont probablement le fait de véritables salpingorragies péritonéales.

Aussi peut-on dire que l'histoire de l'hématoécèle pelvienne n'est, pour ainsi dire, qu'un des chapitres de la grossesse extra-utérine dans l'immense majorité des cas.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES HÉMATOCÈLES

Pour éclairer la pathogénie de notre sujet, nous nous permettons d'emprunter les notes suivantes au traité classique de nos Maîtres : A. Siredey et J.-L. Faure.

Lorsque l'avortement tubaire s'oriente vers le pavillon de la trompe où la voie s'ouvre plus large et plus facile il se fait dans la cavité péritonéale ; cet accident a lieu surtout au début de la grossesse.

Il faut en effet pour que l'œuf parvienne dans le péritoine que le pavillon de la trompe soit perméable. Or, dans la grossesse tubaire l'orifice abdominal de la trompe se ferme régulièrement, mais ne s'oblitére jamais avant la cinquième semaine ; c'est donc dès le début de la grossesse que se produit cet accident qui passait autrefois inaperçu parce qu'il donne rarement lieu à des complications très graves.

Presque toujours cet avortement tubaire est l'origine d'une *hématocèle* qui peut *s'enkyster*, se résorber et disparaître. M. Rouville signale un cas d'hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique présentant des lésions hémolymphangiomateuses.

Egalement les hématocèles par pachypéritonite secondaire à des lésions inflammatoires tubo-ovariennes ; certaines inflammations des trompes, les fibromes utérins, les grossesses ovariennes ; la thèse d'Eva Conheim (de Lausanne), relate tous les cas connus jusqu'en 1903, au nombre de 19.

Dans l'hématocèle rétro-péritonéale, la collection sanguine peut rester limitée entre les deux feuillets du ligament large constituant un hématome du ligament large.

Le sang épanché peut également s'infiltrer dans le tissu cellulaire pelvien sur les côtés du rectum et du vagin, venir en avant de l'utérus, soulever le cul-de-sac vésico-utérin et former une collection appréciable par le toucher dans le cul-de-sac antérieur du vagin ; ces hématomes pelviens diffus s'infectent et suppurent avec la plus grande facilité.

Hématocèle silencieuse. — L'hémorragie interne est ici minime en se faisant très lentement.

C'est souvent par hasard, chez une femme se plaignant de douleurs pelviennes plus ou moins vagues, que l'on découvre dans le cul-de-sac de Douglas une masse de consistance ferme en général parfois ligneuse et qui n'est autre que l'hématocèle enkystée.

Son évolution est latente, souvent méconnue ; elle peut s'infecter, suppurer, aboutissant à un abcès pelvien, lequel produit les signes de réaction péritonéale souvent marqués. M. H. Hartmann et Lenormant estiment que l'enkystement de l'hématome est toujours secondaire, les adhérences préexistantes, si développées soient-elles, ne réaliseraient jamais un enkystement complet capable d'empêcher le sang de passer dans les grandes cavités péritonéales ; Segond a dit : à péritoine sain : grande hémorragie ; à péritoine malade, petite hémorragie.

A l'ouverture du ventre on ne trouve dans la cavité péritonéale ni sang libre, ni caillots. Ceux-ci remplissent en général le cul-de-sac rétro-utérin repoussant l'utérus en avant, écrasant le rectum en arrière, soulevant les anses intestinales qui adhèrent les unes aux autres et forment ainsi suivant l'expression de Bernutz une sorte de diaphragme qui sépare les caillots de la cavité péritonéale libre.

Les caillots qui remplissent la poche rétro-utérine sont

habituellement noirs, épais, parfois plus ou moins altérés, brunâtres et diffluent.

Sur la périphérie est une sorte de coque plus ou moins épaisse, constituée par des strates fibrineuses quelquefois méconnaissables, par des membranes irrégulières, adhérentes aux organes voisins utérus et rectum, intestin, épiploon, ligaments larges, parfois formant une sorte de paroi assez homogène qui suffit à séparer les caillots de la cavité péritonéale et qui, vue du côté de cette cavité, peut avoir l'apparence d'une membrane d'enveloppe organisée et ressembler, par exemple à la paroi tubaire dans un hématosalpinx.

Lorsque la poche a été vidée de ses caillots elle apparaît tapissée de lambeaux cruoriques ou fibrineux, souvent informes, qui recouvrent tous les organes voisins d'une couche qui les rend méconnaissables.

Souvent les annexes, et en particulier les annexes du côté qui a donné lieu aux accidents, sont perdues dans la paroi et dans les fausses membranes et il faut beaucoup d'attention et de recherches pour découvrir la trompe malade fissurée et rompue, ou quelquefois dans le cas d'avortement tubaire, laissant écouler par son pavillon déformé un peu de sang qui se continue avec un caillot intra-tubaire. Celui-ci, bien souvent, apparaît plus rouge, plus frais et plus récent que les caillots anciens de la poche enkystée.

Sauf dans les points où des adhérences épaisses unissent les unes aux autres les anses intestinales, la membrane d'enveloppe de la poche hématique est en général friable ; elle se déchire avec la plus grande facilité, et dans les opérations abdominales dirigées contre l'hématocèle, il est à peu près impossible de ne pas la rompre.

M. Lejars a attiré l'attention sur des hématocèles de volume restreint consécutives à l'avortement et qui ont une tendance à se développer latéralement sur le flanc de l'utérus, simulant au premier abord, une masse annexielle ;

ces hématoécèles peuvent être d'un volume plus réduit encore et affecter la forme de petits *kystes sanguins* appendus au pavillon de la trompe.

Causes infectieuses. — La suppuration de l'hématoécèle assez fréquente est due ordinairement à une infection par le colibacille, à point de départ interstitiel ; elle se traduit par de la fièvre, des douleurs et une augmentation de volume de la poche. L'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite généralisée avec accidents de septicémie.

Il n'est cependant pas besoin d'une péritonite diffuse, l'extension notable de la suppuration locale, et avant tout la localisation dans le bassin d'une suppuration abondante y suffisent.

Causes mécaniques. — Indépendamment du danger créé par l'hypervascularisation, l'exaltation du pouvoir de résorption, la présence d'une grande quantité d'éléments anatomiques susceptibles de putréfaction, il existe un facteur mécanique important et fâcheux, à savoir le volume de l'hématoécèle. Lorsque cette tumeur expulsée à travers le point le moins résistant de la trompe est recouverte par une couche composée de tissu organisé (germes connectifs, fibres musculaires de la paroi tubaire) ce n'est plus le sang pur mais cette tumeur qui entre en contact avec le péritoine.

On comprend ainsi pourquoi il ne se produit pas de résorption rapide, comment plutôt s'établissent vite des adhérences avec les surfaces séreuses adjacentes, surtout avec les franges tubaires, puis avec la paroi postérieure de l'utérus, le ligament large, la paroi pelvienne, l'épiploon, le gros intestin, enfin l'appendice.

MM. Hartmann et Lenormant estiment que l'enkystement de l'hématome est toujours secondaire ; les adhérences préexistantes, si développées soient-elles ne réaliseraient jamais un enkystement complet capable d'empêcher le sang de passer dans les grandes cavités péritonéales.

CHAPITRE III

SYMPTOMES DES HÉMATOCÈLES

- 1^o L'hématocèle cataclysmique ;
- 2^o L'hématocèle moyenne ;
- 3^o L'hématocèle silencieuse.

Nous ne saurions mieux les définir qu'en en donnant la description classique nous empruntons un Traité de MM. Siredey et Faure.

Le début est brusque, parfois même foudroyant ; les accidents acquièrent tout de suite une telle intensité que Barnes a proposé pour peindre leur soudaineté et leur violence, le mot qui a fait fortune, d'*hématocèle cataclysmique*.

Tout d'un coup en pleine santé, la femme sent dans le bas-ventre, et presque toujours dans un côté du bas-ventre, une douleur violente qui lui arrache un cri et parfois la couche par terre ou la force à s'étendre. Bientôt cette douleur s'étend et irradie vers les reins, les cuisses, le périnée.

En même temps la malade pâlit, parfois même tombe en syncope. Dans les cas les plus graves, la pâleur augmente, les yeux se cernent de noir, les lèvres se décolorent, le poulx devient petit, fuyant, insensible une sueur froide perle sur le front et la mort peut survenir dans l'espace de quelques minutes.

Ces accidents dont la soudaineté déconcerte, sont relativement rares. Après un début un peu moins bruyant, les phénomènes sont moins rapides, la malade qui sous l'influence de la douleur, avait pu perdre connaissance, revient à elle, mais reste pâle. Au bout de quelques jours la pâleur

s'accroît, le pouls, qui s'était remonté, faiblit de nouveau, une nouvelle syncope apparaît et la malade peut être emportée dans l'espace de quelques heures succombant à l'hémorragie, alors qu'on a pu croire à diverses reprises en voyant la malade renaître, que le sang s'était arrêté.

Souvent enfin, et ce sont les cas relativement favorables les accidents sont plus lents encore et la malade abandonnée à elle-même, met deux ou trois jours à succomber à la persistance d'une hémorragie peu importante en elle-même.

Dans l'hématocèle commun enkystée les phénomènes de début sont les mêmes, mais ils éclatent d'ordinaire avec beaucoup moins d'intensité. La douleur peut encore être très vive et presque syncopale mais les signes d'hémorragie interne sont beaucoup moins nets, et en fait la quantité de sang qui s'épanche dans le péritoine est parfois très restreinte.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DE LA COEXISTENCE DE L'APPENDICITE AVEC HÉMATOCÈLE

« Le cortège symptomatique de la grossesse tubaire « rompue » dit M. Legueu : « est assez net pour que le diagnostic s'impose la douleur brusque, les signes de l'hémorragie interne, le pouls petit, l'abaissement de la température, le retard des règles et l'apparition d'un écoulement sanguin par le vagin, tous ces signes lorsqu'ils sont associés permettent de dire sans réserve qu'il y a inondation « péritonéale. »

Egalement l'observation fait ressortir la diversité des formes de l'appendicite au cours des annexites et montre qu'en présence de phénomènes douloureux fébriles, développés dans le bas-ventre chez une femme ayant présenté les signes d'avortement tubaire, avec peu de réactions péritonéales, il conviendra de songer, même en l'absence de tout point classique à l'idée d'appendicite aiguë coexistante.

Cette difficulté du diagnostic de la coexistence de l'hématocèle et de l'appendicite a été bien mise en lumière par la discussion de la Société de chirurgie en 1902 (mémoire de Cathomas, de Gasbarrini, thèses de Pellet et de Fesq).

a) *Diagnostic de l'hématocèle.*

1° *Signes physiques.* — La tumeur formée par l'hématocèle constituée remplissant le Douglas est facile à reconnaître, assez bien limitée, douloureuse de consistance molasse, neigeuse, immobile.

2^o *Signes de compression.* — Les symptômes de compression sont la constipation, les crises de diarrhée, la dysurie, la rétention.

On observe en outre du ballonnement, des nausées, une température de résorption sanguine.

A ces symptômes de diagnostic propres à l'hématocèle, s'ajoutent ceux de l'appendicite pelvienne ; empruntons-en la description à M. Veau :

b) *Diagnostic de l'appendicite.*

« L'appendicite pelvienne semble plus fréquente chez la femme (Bernutz).

« La douleur siège plus bas que dans l'appendicite type.

« Les irradiations douloureuses sont fréquentes vers la face interne de la cuisse. Les troubles vésicaux sont presque constants. La constipation est la règle.

« Le ballonnement est ordinairement médiocre.

« La palpation au point de Mac Burney est quelquefois indolore.

« Le toucher rectal ou vaginal permet de reconnaître une tuméfaction. »

Quelques cas pourraient prêter à confusion avec l'hématocèle à début insidieux :

1^o Un kyste de l'ovaire enclavé dans le pelvis et fixé par une torsion de son pédicule ;

2^o Un fibrome à développement rétro-utérin, bloqué dans l'excavation.

3^o Un utérus gravide.

Après avoir porté le diagnostic d'hématocèle il ne faut pas négliger d'en rechercher la cause et tout en reconnaissant la prépondérance de la grossesse ectopique penser à d'autres origines plus rares :

a) Un kyste hématique de l'ovaire ;

b) Un fibromyome utérin.

Chez toute femme soupçonnée d'appendicite aiguë l'examen génital devra être pratiqué afin d'éviter cette cause d'erreur qui peut devenir grave, mais qu'il est moins difficile d'éviter en y songeant : la coïncidence de l'appendicite aiguë et des lésions annexielles.

Dans ces conditions on est toujours tenté de rapporter à quelque complication salpingienne les accidents aigus en présence desquels on se trouve, et l'erreur pourra être fatale, les accidents tubaires ayant déterminé une pelvi-péritonite suraiguë devant être traitée par l'hystérectomie vaginale qui laisse forcément l'appendicite méconnue.

Dans le doute, mieux vaudrait aller d'abord sur l'appendice en pratiquant une laparotomie médiane.

M. M.-H. Blanc s'exprime de même dans son rapport (déjà cité. 1^{er} mai 1925 « Société des Chirurgiens de Paris » : « Il est certain que lorsque chez une malade des phénomènes appendiculaires ont été notés antérieurement, et que « brusquement surviennent dans la fosse iliaque droite et « le bassin des phénomènes douloureux et péritonéaux, le « diagnostic peut facilement s'égarer, s'il est impossible de « faire la lumière sur l'état exact de l'utérus et des annexes. « Il n'y a que demi-mal si l'ensemble des symptômes commande l'intervention ; mais le danger devient grand si « on laisse refroidir une fausse appendicite, alors qu'on a « affaire à une grossesse tubaire fissurée et dont l'hémorragie peut devenir tout d'un coup menaçante. Enfin, autre « erreur redoutable, c'est la coexistence d'une appendicite « subaiguë, évoluant sous prétexte de refroidissement avec « une grossesse tubaire méconnue et entraînant la mort par « infection puerpérale secondaire spontanément ou au « cours d'une intervention. » Pour illustrer cette dernière variété des difficultés dans le diagnostic de ces cas complexes d'appendicite au cours d'une grossesse tubaire droite M. M.-H. Blanc résume une observation personnelle (Obs. VI).

CHAPITRE V

RELATIONS DE L'HÉMATOCÈLE ET DE L'APPENDICITE

Par quel processus l'appendicite peut-elle se produire au cours d'une grossesse extra-utérine, et quelle influence ces deux affections peuvent-elles avoir l'une sur l'autre?

Quelle est celle qui commence? Est-ce l'appendicite qui vient compliquer une grossesse ectopique ou bien celle-ci peut-elle être mise jusqu'à un certain point sur le compte de la première?

On doit admettre que si très souvent l'appendicite est consécutive à l'hématosalpinx, d'autre part *l'étiologie d'une grossesse extra-utérine peut-être trouvée dans une adhérence ou une coudure de la trompe produite par une poussée d'appendicite et de péri-appendicite antérieure.*

1° Dans un premier cas, c'est la grossesse ectopique qui est la première en date. De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la fixation anormale de l'ovule fécondé dans la trompe.

a) Compression de la trompe par une tumeur du petit bassin : kyste de l'ovaire, fibrome, etc.

b) Avec *Lawson Tait* une série d'auteurs admettent que l'anomalie de la trompe amenant la grossesse ectopique est toujours acquise par l'infection. Pour Vignard (Congrès de Gynécologie, Nantes 1907), c'est l'infection puerpérale atténuée qui est le grand facteur étiologique ; mais MM. Pinard et Polosson répondent qu'on rencontre des

grossesses tubaires chez des femmes qui n'ont aucun passé pathologique de leurs organes génitaux.

c) Enfin on tend à admettre que la grossesse ectopique n'est autre chose qu'un stigmate de dégénérescence.

Ceci étant admis, et une grossesse extra-utérine à droite s'étant déclarée, pourquoi et quand la femme fera-t-elle une crise appendiculaire?

Dans l'évolution ordinaire des grossesses tubaires, ce qui prime, surtout dans les premiers mois, toute la symptomatologie, ce sont les hémorragies, et depuis l'inondation péritonéale à grand fracas jusqu'au suintement léger aboutissant à l'hématosalpinx, tous les degrés d'épanchement sanguin peuvent se présenter. Quel que soit son mode de production et sa quantité, que va devenir cet épanchement? On connaît le rôle de protection que possède le péritoine vis-à-vis des organes abdominaux contre l'infection.

A. Nélaton, dans le tome V de son *Traité chirurgical* nous dit : « Quand l'épanchement ne détermine pas une « péritonite rapidement mortelle, la partie liquide du sang « est résorbée, le caillot seul reste et provoque une inflammation adhésive, des fausses membranes, ou bien les feuillets « du péritoine se réunissent et forment comme une poche, « un véritable kyste, qui circonscrit le foyer. Dans un certain nombre de cas, ce kyste sanguin est résorbé peu à peu, « quelquefois au bout d'un temps très long d'autres fois il « s'enflamme et se comporte comme un véritable abcès ».

L'issue du sang dans la séreuse produit donc une péritonite plastique, or le méso-appendice aura beaucoup de chances pour participer à cette poussée de péritonite et une fois la péri-appendicite déclarée, l'organe va réagir suivant la loi de pathologie générale qui dit : *Quand une séreuse est malade, les muscles et la muqueuse sous-jacents, participent à l'inflammation.* Or l'appendice est l'organe par excellence qui a le plus de tendance à s'infecter ; la moindre coudure dans son calibre réalise la cavité close de Dieulafoy. Sa

flore microbienne toujours très riche, mais latente normalement, augmente de virulence et la crise appendiculaire se trouve ainsi constituée.

2^o Mais si dans la majorité des cas l'appendicite est consécutive à la grossesse ectopique, il en est où l'appendicite semble avoir favorisé l'implantation anormale de l'ovule fécondé sur la muqueuse des annexes. C'est là pourrait-on dire une rareté pathologique, mais l'observation de M. Mauclaire (voir obs. I) semble bien venir à l'appui de nos observations. En effet la malade avait eu, longtemps avant son mariage plusieurs poussées d'appendicite qui avaient été traitées médicalement, et qui d'ailleurs avaient cédé au traitement médical. Il n'est pas invraisemblable de penser que ces premières crises avaient fait de la péri-appendicite, laquelle propagée du méso-appendice au ligament large a déclaré la péri-annexite qui a apporté quelque perturbation dans la forme, la direction ou le calibre des annexes.

Cette observation, sujet de notre thèse, est complète au point de vue de l'action réciproque des deux lésions l'une sur l'autre.

Enfin quelle est l'influence de l'appendicite sur l'avortement tubaire, sur l'hématocèle.

L'action de l'appendicite sur l'avortement tubaire est manifeste. L'appendicite fait avorter et tue par intoxication générale de l'organisme.

En outre l'appendicite est un foyer infectieux, situé au voisinage d'une collection sanguine qui constitue un bouillon de culture favorable à la pullulation des germes.

C'est la cause la plus banale de la suppuration des hématocèles siégeant dans le petit bassin, tellement qu'en face de toute hématocèle infectée, on doit envisager la possibilité d'une appendicite, même en dehors de toute autre manifestation clinique.

En résumé, grossesse ectopique et appendicite ont

entre elles plus que de simples rapports de coexistence.

A. — La grossesse extra-utérine peut produire l'appendicite :

a) Par simple congestion de l'appendice, au moyen des connexions vasculaires qui existent entre les deux organes ;

b) Par péri-appendicite consécutive à la péritonite plastique produite par l'irruption du sang dans le péritoine.

c) Par le coup de fouet que donne la grossesse à la lithiasse intestinale (*Dieulafoy*).

B. — L'appendicite, à son tour, a une certaine influence sur la grossesse extra-utérine :

a) Elle peut la favoriser par la péri-annexite consécutive à la péri-appendicite, qui produit une malformation de la trompe, coudure, rétrécissement.

b) Elle hâte l'avortement tubaire et le provoque par intoxication générale de l'organisme et *par infection locale*.

c) L'appendicite provoque la suppuration du kyste fœtal en de l'hématocèle.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

L'influence de l'hématocèle sur l'appendice ou sa réciproque se résume aux faits suivants :

1^o Les tiraillements, la rupture possible d'adhérences appendiculaires ou de l'appendice lui-même, surtout la *rupture* résultant du volume de l'hématocèle ; cette alternative est possible, bien qu'aucune observation probante ne la confirme.

2^o Le voisinage au contact de l'hématocèle d'un foyer septique d'appendicite.

L'hématocèle enkystée suit l'évolution des collections sanguines de cet ordre : elle peut s'accroître brusquement, au cours de poussées correspondant, sans doute, à des hémorragies secondaires, elle peut suppurer.

Le pronostic de ces cas est bon en général, lorsqu'ils ont été opérés en temps opportun, alors que les malades ne sont point encore trop affaiblies ; mais il faut en quelque sorte être obsédé par la possibilité si menaçante de l'« hématocèle cataclysmique » donc opérer dès que le diagnostic est posé.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La coexistence de l'hématocèle et de l'appendicite commande doublement l'intervention dès que le diagnostic en est posé.

Avant le 5^e mois, une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain, elle est à la merci d'une hémorragie par rupture laquelle peut être foudroyante. Et après le 5^e mois aucune hésitation n'étant plus possible il n'est plus permis de temporiser.

« Toute grossesse ectopique, a dit Werth, doit être considérée comme une tumeur maligne et traitée comme telle. » Et M. Pinard ajoute : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

C'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours parce qu'elle permet de faire d'abord l'ablation de l'appendice, puis l'hématocèle enkystée :

« D'ailleurs, n'est-il pas évident, dit J.-L. Faure, que dans
« les cas complexes, lorsqu'on ne sait en somme en présence
« de quels désordres on se trouve, lorsqu'on ignore si les
« lésions annexielles sont légères ou graves, si le sang coule
« ou ne coule plus, si les caillots qui encombrant le cul-de-
« sac de Douglas sont isolés du péritoine par une barrière
« néo-membraneuse, ou si, au contraire, ils sont libres dans
« son intérieur, n'est-il pas évident qu'une laparotomie
« qui permet d'y voir, d'explorer, de reconnaître toutes les
« lésions et d'intervenir immédiatement est une opération
« beaucoup plus satisfaisante qu'une simple colpotomie ? »

« D'ailleurs, je ne vois pas, en vérité, quelle objection
« on peut faire à cette opération. »

« Combien fait-on de laparotomies exploratrices pour
« affections mal déterminées, combien de laparotomies
« pour lésions des annexes moins graves que ne peut l'être
« une hématocele, dont on sait bien comment elle commence,
« mais dont on ne sait jamais comment elle finira !

« Je suis convaincu, que dans ces conditions la laparo-
« tomie n'est pas sensiblement plus grave que la simple
« colpotomie postérieure, qui peut être quelquefois suivie
« de terribles accidents.

« En revanche elle permet de traiter les lésions tubaires
« ou pelviennes, d'une façon beaucoup plus sûre, beaucoup
« plus correcte, et, en somme beaucoup plus satisfaisante.

En résumé au cours d'une laparotomie pour grossesse
tubaire ou pour hématocele, il faut examiner l'appendice
et l'enlever s'il est malade.

OBSERVATIONS

(Observations de M. le D^r MAUCLAIRE).

OBSERVATION I. MAUCLAIRE (*inédite*). — M..., âgée de 28 ans a eu de fréquentes attaques d'appendicite depuis plusieurs années.

Mariée en 1907. Nouvelle crise d'appendicite quelque temps après son mariage.

En 1908 : arrêt des règles, puis symptômes brusques d'hématocèle rétro-utérine pour laquelle je suis consulté.

Laparotomie. — Je trouve une poche de sang rétro-utérine contre laquelle est collé l'appendice gros, tuméfié irrégulièrement.

Les annexes droites sont incluses aussi dans la poche.

Ablation de l'appendice infecté et des annexes droites. Les annexes gauches sont saines. Guérison.

OBSERVATION II MAUCLAIRE (*inédite*). — G..., 28 ans entre à la Pitié le 10 février 1925 avec tous les symptômes d'une salpingite bilatérale.

Anciennes poussées d'appendicite et plusieurs fausses couches.

Absence de règles depuis deux mois.

Opération. — On trouve un cæcum pelvien collé contre l'épiploon pelvien.

Dans l'angle inférieur droit de l'épiploon est complètement inclus l'appendice, dur et bosselé et infecté.

Ablation de l'appendice et de l'épiploon.

Tout contre est la trompe droite contenant un épanchement de sang d'une centaine de grammes et la paroi tubaire est rompue.

L'ovaire est inclus dans la paroi de la poche.

Ablation des annexes droites.

A gauche, petit épanchement hémorragique dans la trompe gauche non rompue. Ovaire sain. Ablation des annexes gauches. Guérison.

OBSERVATION III. — M. le D^r TUSSAU de Lyon, (*inédite*). Société des Chirurgiens de Paris, 1^{er} mai 1925. M^{me} Ch... R... 25 ans, mariée depuis trois ans sans enfant. Passé génital normal.

Accuse depuis deux ans, à la suite d'un long séjour au Maroc, des troubles gastro-intestinaux avec dysenterie traitée par émétique. Envoyée à Châtel-Guyon, où son attention est attirée par le médecin sur la nécessité de subir une toilette chirurgicale appendiculaire. Refus catégorique.

Il y a deux mois quelques nausées, de l'anorexie, laissant entrevoir à la malade la possibilité d'une grossesse désirée. Mais un peu de suintement menstruel à la date fatidique enlève ses illusions. Normalement chez cette malade les règles sont pauvres.

Dès lors, les douleurs au Mac-Burney vont en s'exacerbant, lancinantes, insistantes, à tel point que la glace est posée par un médecin qui me l'adresse pour appendicectomie.

Au toucher vaginal, petit utérus rétrofléchi, en escargot, mobile. L'examen des culs-de-sac est négatif.

Au toucher rectal, rien à signaler sinon douleur haute à droite.

Laparotomie avec matériel instrumental réduit pour appendicite.

Dès l'ouverture du péritoine, une hémorragie peu abondante nous guide vers les annexes droites où nous trouvons une grossesse tubaire de deux mois non rompue, mais entourée d'adhérences et d'un lacis de vaisseaux avec flaqes ecchymotiques et petites ruptures variqueuses suintantes.

L'appendice est turgescent, adhérent par sa pointe non pas à la masse, mais sur le segment tubaire situé entre la grossesse ectopique et l'utérus.

Ablation de la grossesse tubaire, toilette du péritoine par goménolisation, drainage, suites normales, guérison.

OBSERVATION IV. — D^r TUSSAU, Lyon. M^{me} B. E..., 29 ans. II pare. Aucun passé génital à noter. Le 25 avril 1923, hospitalisée d'urgence à ma clinique privée avec péritonite généralisée, vomissements, facies péritonéal, pouls filant, température 38°, hyperesthésie marquée surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

Elle venait de l'Hôtel-Dieu avec ce diagnostic : « Appendicite

aiguë, refuse l'opération, doit revenir pour opération à froid. »

L'état général est mauvais. Traitée par la glace, le goutte à goutte de Murphy, le vaccin de Delbet, les injections intramusculaires d'orargol, dès le 6^e jour, la malade très indocile exige son retour chez elle en raison de la grosse amélioration.

L'examen révèle dans le cul-de-sac droit, très haut, une masse pâteuse. L'utérus en petit, refoulé à gauche. Le col est flasque. Mais il en sort un liquide séro-sanguinolent. Interruption des règles il y a deux mois environ. Mais la malade n'attache aucune importance à cette panne menstruelle en raison de la grande irrégularité cataméniale.

Elle a toujours conservé du colostrum dans les seins.

La famille raconte une vieille histoire d'entérite chronique avec consultations antérieures accusant l'appendice. Trois jours après le retour à son domicile la malade perd un peu de sang et un gros caillot, (caduque sans doute).

Pendant la nuit, douleurs en coup de poignard à droite, état syncopal. Transport d'urgence en voiture d'ambulance à ma clinique. Ventre de bois, péritonite, poulx filant. En dépit de l'allure appendiculaire, nous nous méfions de la possibilité d'une grossesse tubaire. Deux accoucheurs sont aux prises. L'un affirme pyosalpinx, l'autre maintient son diagnostic de grossesse ectopique.

Nous opérons, et trouvons en effet une masse grosse comme une orange, en partie rompue, laissant suinter du sang. Ce n'est qu'à la coupe d'une trompe extrêmement épaissie, lardacée que nous trouvons un fœtus.

Toute la masse est attirée vers le cæcum, adhérente à lui, voilée d'adhérences. L'appendice n'existe plus, il est détruit. L'ovaire est sclérokystique, enflammé, rouge ; le pavillon tubaire forme avec les débris appendiculaires une masse informe.

Le tout est extirpé.

Goménolisation pas de drainage.

Guérison après suites normales.

OBSERVATION V. D^r TUSSAU de Lyon. — M^{me} T..., 35 ans. II pare. Encore un lourd passé entéritique. Nous même lui avions conseillé, il y a deux ans, une appendicectomie refusée.

Depuis aucune nouvelle de la malade. On nous l'amène de son

bureau après une syncope. La malade souffrait depuis un mois de son appendice et n'avait rien remarqué d'anormal à part des métrorragies légères (fréquentes d'ailleurs, en cas d'appendicite.

A l'entrée, phénomènes péritonéaux. Le toucher vaginal ne donne rien. L'utérus est petit, bavant du sang, d'apparence menstruelle. L'hystérométrie montre une cavité libre, mais profonde, sans débris anormaux. Anesthésie générale par somnifénéisation (1).

Laparotomie pour appendicite.

Lé péritoine ouvert, le champ opératoire est inondé par une hémorragie massive qui vient du petit bassin. L'incision est poussée vers l'arcade et nous tombons sur une petite masse grosse comme une noix.

C'est encore une grossesse tubaire rompue avec un petit œuf très hématique.

Là encore, l'appendice est adhérent au pavillon par d'épaisses adhérences, mais il est réduit à un mince cordon induré, avec étranglements cicatriciels et formation d'un mince pannus.

Pas de drainage.

Suites très simples.

Guérison.

OBSERVATION VI. — M. le Dr M.-H. Blanc. Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans auprès de laquelle je fus appelé par des craintes de fausse-couche. L'histoire du début de la grossesse était assez compliquée d'abord parce que les règles n'avaient pas été supprimées complètement, mais à des périodes irrégulières, des pertes de sang peu abondantes avaient été notées ; ensuite dans le premier mois où la suppression des règles avaient fait penser à une grossesse, la malade avait eu des phénomènes douloureux dans le côté droit qui avaient fait porter le diagnostic d'appendicite. Tout avait paru rentrer dans l'ordre, et sauf quelques troubles intestinaux, la grossesse semblait suivre son cours normal, à part ces quelques pertes de sang, insignifiantes, lorsqu'un écoulement sanguin persistant était apparu à la fin du deuxième mois et le médecin redoutait une fausse-couche. L'exa-

1. M. Tussau et P. Fay. La somnifénéisation. *La Renaissance médico-chirurgicale*, 2, 1925.

men de la malade me montra qu'il existait tous les signes d'une hématoécèle rétro-utérine : utérus bloqué et refoulé contre la symphise, cul-de-sac de Douglas bombant et légèrement douloureux, col entr'ouvert laissant s'écouler un peu de sang noirâtre.

Température oscillant entre 37°6 et 38° 3 ; ventre légèrement ballonné et douloureux surtout à droite, dans la fosse iliaque.

Après consultation avec un clinicien éprouvé et prudent, l'expectation fut décidée ; mais la famille demanda un autre consultant qui conseilla l'intervention simple : incision du cul-de-sac de Douglas. J'étais jeune chirurgien, l'opération d'ailleurs pouvait se défendre, je cédaï. Tout se passa simplement, malgré une hémorragie assez abondante, quand la poche fut vidée de ses caillots. Les jours suivants, la fièvre persiste, révélant bientôt les allures de la septicémie puerpérale et au bout de dix jours on se décide à intervenir par le ventre : je passe la main à mon maître plus audacieux (c'était la première année de mon installation) et nous tombons sur des débris de poche salpingo-ovarienne difficiles à identifier, mais au cours de ces manœuvres, un abcès appendiculaire du volume d'une grosse noix s'est ouvert et inonde le champ opératoire, trois jours après, la malade mourait de septicémie. »

Ainsi cette appendicite qui paraissait éteinte avait continué à évoluer, mais ses signes avaient été plus ou moins masqués par l'hématoécèle qui avait accaparé l'attention, et c'est elle en somme qui avait aggravé les lésions pelviennes et déterminé la mort.

Observation de M. TÉMOIN (*de Bourges*, 1903).

OBSERVATION VII. — La malade âgée de 22 ans, mariée depuis trois ans, sans enfants, a toujours été bien réglée. Elle n'a jamais été malade sauf il y a un an époque à laquelle elle a eu une crise très caractérisée d'appendicite (coliques violentes localisées à droite, vomissements, ballonnements du ventre) ayant duré plusieurs jours. Les deux dernières époques ont été normales, peu abondantes et douloureuses.

Le 28 janvier 1903, elle est prise de douleurs atroces dans le ventre avec vomissements, ballonnement, arrêt complet des gaz

et des matières, pouls rapide et facies altéré. Mon confrère le Dr Besson qui la soigne pense à une obstruction intestinale, et la malade est transportée dans mon service à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment ce sont les signes de l'obstruction intestinale qui dominant ; les douleurs sont généralisées ; le toucher vaginal ne révèle rien de particulier ; le toucher bi-manuel est impossible. Mais dans la journée (1^{er} février) sous l'influence d'un lavement purgatif, elle a une selle abondante ; elle se trouve très soulagée ; nous attendons. Pendant deux jours, l'état reste stationnaire ; mais le 4 février les phénomènes s'accroissent ; les douleurs deviennent très vives surtout à droite ; la malade est pâle, grippée. Je pense à une appendicite et je l'opère. Incision latérale. Le péritoine incisé, je rencontre une masse compacte recouverte d'une couche épaisse d'épiploon qu'il m'est impossible de disséquer, et sous cette couche, je sens très nettement une volumineuse poche fluctuante allant vers l'utérus. Je pense à une salpingite purulente et pour ne pas infecter le péritoine par une dissection trop laborieuse je me décide à l'évacuer par le vagin. Je ferme la plaie abdominale et j'incise le cul-de-sac vaginal droit. A ma grande surprise, il ne sort que quelques caillots et je constate que la poche, qui en est remplie, est énorme.

Comme la malade est très faible et que je crains une hémorragie je pense qu'il vaut mieux faire une laparotomie médiane.

Après désinfection des mains et du champ opératoire, la malade étant remise en position convenable je pratique séance tenante cette troisième intervention.

Il s'agit d'un volumineux hémato-salpinx droit adhérent à l'appendice qui vient se confondre avec la tumeur et qui a un volume extraordinaire. Cette tumeur enlevée, le bassin lui aussi est rempli de sang noir et de caillots ; la trompe gauche a le volume du poing et renferme aussi des caillots. Je l'enlève également et je termine par l'hystérectomie totale pour assurer par le drainage vaginal, l'écoulement complet du sang qui remplit l'abdomen. La plaie abdominale est refermée.

Dans la trompe droite il y avait un fœtus de deux mois et demi environ ; la rupture s'était faite vers le point où l'appendice était adhérent. L'utérus avait 11 centimètres. La malade a très rapidement guéri.

OBSERVATION VIII (Témo'n). — Il s'agit d'une femme de 37 ans, toujours bien réglée, qui a eu un enfant il y a dix ans. Les dernières règles datent du mois de juillet 1903.

Il y a six mois, elle fut soignée aussi par mon confrère, le Dr Besson, pour une crise d'appendicite ; il avait proposé une opération qu'on avait refusé. Le 19 juillet douleurs violentes. Vomissements, douleurs très vives à droite. Après deux jours ces douleurs se calment, mais l'état général reste mauvais. La malade ressent toujours à droite une sensation pénible, la palpation est douloureuse. Le diagnostic d'appendicite se confirme. La malade entre dans mon service le 30 juillet. Ce qui frappe aussi chez cette malade c'est la pâleur de la face la petitesse et la fréquence du pouls bien qu'il n'y ait aucun signe de péritonite.

Opération le 31 juillet. — Incision latérale. Dès que la cavité abdominale est ouverte, du sang noir s'écoule par la plaie. Ce sang remplit tout le petit bassin, et dans ce sang baigne une masse formée par l'appendice et l'épiploon.

Je referme aussitôt ma plaie latérale et je fais la laparotomie médiane. Il s'agit bien d'une inondation péritonéale ; les anses intestinales baignent dans le sang. Avec des compresses j'assèche le plus possible la cavité, les anses sont refoulées et je trouve derrière l'utérus un fœtus de trois mois au moins du sexe masculin, sorti d'une poche qui semble un diverticule de la trompe droite. La masse appendiculaire fait corps avec cette trompe. Le tout est enlevé et comme l'appendice et l'épiploon semble purulents, demi-sphacelés, qu'une infection est à craindre, que le sang est en grande abondance dans la cavité abdominale je fais aussi l'hystérectomie totale. Suture de la plaie abdominale. Drainage vaginal. Guérison.

OBSERVATION IX. Observation de NEILD. *A case of ectopic gestation, and appendicitis* (The Lancet, march. 1910). — La malade, d'environ 30 ans me fut adressée le 1^{er} avril 1915. Deux jours auparavant elle avait subi une forte crise de douleurs abdominales avec vomissements.

Malgré des alternatives de chaud et de froid et bien qu'elle pensât avoir de la fièvre, elle ne présenta aucune élévation de température.

A sa visite, la douleur avait disparu et la malade se sentait beaucoup mieux. Quelques mois auparavant elle avait eu de fréquentes attaques douloureuses qu'elle localisait dans sa fosse iliaque droite, mais moins intenses que la dernière.

Elle était convaincue d'être atteinte d'appendicite, mais par crainte de l'opération ne m'en avait jamais parlé auparavant. Actuellement, elle accepterait l'intervention au cas où je la jugerais nécessaire.

Ses règles avaient été parfaitement régulières. Elle avait eu deux enfants dont le plus jeune avait 2 ans.

Le poulx et la température étaient normaux.

L'abdomen suivait bien les mouvements respiratoires, mais il était plus tendu au point de Mac-Burney. Il y avait peu ou pas de contracture. Je déclarais l'intervention nécessaire. L'opération eut lieu le 10 avril.

Entre temps la malade avait eu ses règles et avait présenté une nouvelle crise douloureuse, mais peu intense. En ouvrant l'abdomen, s'écoula un sang noir, fluide. La trompe droite était augmentée de volume, en rapport avec une grossesse extra-utérine d'environ un mois.

La trompe droite n'était pas rompue l'hémorragie s'étant produite à travers l'ostium abdominale.

La trompe et l'ovaire droit furent enlevés, de même que le sang qui remplissait le petit bassin.

L'appendice fut alors examiné. Il était court, considérablement épaissi, et fixé solidement par des adhérences. Celles-ci furent rompues et l'appendice enlevé.

La guérison survint par première intention et la malade quitta la maison de santé le 15 avril.

Trois semaines plus tard, elle se sentait en meilleure santé que jamais.

Je pense que les nombreuses crises douloureuses présentées par cette malade étaient dues à l'état de cet appendice, tandis que la dernière et forte crise avait été provoquée par la production de l'hémorragie.

CONCLUSIONS

1° La coexistence de l'appendicite et de l'hématocèle doit être fréquente ; cependant nous n'en avons trouvé que peu neuf observations ;

2° La symptomatologie est celle de l'appendicite et celle de la grossesse tubaire réunies ; souvent celle-ci est silencieuse ;

3° L'anatomie pathologique montre les lésions de l'appendice et celles de l'hématocèle que l'appendicite a souvent fait suppurer ;

4° L'appendicite provoque l'hématocèle :

a) Par *troubles mécaniques* : compression, coudure, rétrécissements de la trompe ;

b) Par *l'infection de la trompe* d'où une salpingite infectieuse qui provoque la grossesse tubaire.

5° Le diagnostic de la coexistence est en général assez facile ;

6° Le pronostic est conditionné par l'infection consécutive de l'épanchement sanguin ;

7° Le traitement c'est l'opération précoce. Ablation de l'appendice, et ablation de la trompe. Souvent c'est une surprise opératoire.

Vu : le Président de la thèse,

LEJARS

Vu : le Doyen,

P. APPEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — De l'inoculation péritonéale dans les grossesses ectopiques. *Thèse de Paris*, 1903.
- BANDLER. — The relation of appendicitis to gynecological pelvic diseases. *Med. Ph. N. Y.*, 1908. LXXIII, 595-599.
- BARKER (A.-E.). — Subservus utérine hematocele in a girl of eleven Years, simulating acute inflammation of the vermiform. appendic laparotomy ; recovery. *Clin. Soc. Lond.*, 1892, 3 XXVI, 97-100. Also *Lancet*. Lond., 1893, I, 362.
- BENDER ET MARCILLE. — Rupture des kystes hématiques des corps jaunes. Société anatomique, 1904.
- BENJAMIN (A.-E.). — Association or confusion of appendicitis with other diseases of the female pelvis. *J. Minn. W. Ass.* (etc.) Minneapolis, 1908, XXVIII, 159-162.
- BÉRARD (Léon). — L'appendicite. Paris, Masson, 1914.
- BERNUTZ. — Traité des maladies de la femme, 1866 ; et *Archives gén. de médecine*, 1884.
- BEÜTTNER (O.) SIRÉDEY (A). — Etude clinique sur les relations de l'appendice et les organes génitaux de la femme. *Gynéc. et Obstétrique*, Paris, 1923, VIII, 309-313.
- BILHAUT (M.). — Appendicite aiguë, inondation péritonéale par rupture tubaire concomitante. Opération immédiate, guérison. *Annales de chirurgie et d'orthopédie*. Paris, 1906, XIX, 97-102.
- BURGER. — Cas d'inondation péritonéale par rupture d'un kyste hématique folliculaire. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne, 1918.
- BAZALGETTE. — Les grossesses tubaires méconnues. *Thèse de Paris*, 1905.
- BARNSBY (H). — Appendicite et annexite. Coexistence des deux

- affections. Pathogénie. Symptômes. Traitement. *Thèse de Paris*, 1898. Même sujet : Congrès français de chirurgie, 1902.
- BEVAN (A.-D.). — Ruptured extra-utérine pregnancy. Confusion with appendicitis. *Surg. Clin.* Chicago, 1918, II, 65.
- BONNIFAZI. — Des causes d'erreurs dans le diagnostic de grossesse extra-utérine. *Thèse de Lausanne*, 1912.
- CATHOMAS. — Diagnostic différentiel entre l'appendicite aiguë et la rupture d'une grossesse tubaire. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1909. Bd. LXX, p. 148.
- CAZIN. — Coexistence de l'appendicite et de la grossesse tubaire. *Paris Chirurgical*, février, 1910 p. 109.
- CELOS. — Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. *Thèse de Paris*, 1902.
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Paris, 1894.
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Paris, 1901.
- CHURCHMANN. — Hémorragie intrapéritonéale spontanée. *The. Ann. J. of. the med. sc.*, t. CXLII, p. 825.
- CARAVEN. — Hematocèle pelvienne par sténose cicatricielle du col sans hématométrie. *Presse Méd.*, 1910 II, 62.
- CCOLL. — Notes by a case of appendicitis complicated by pregnancy. *West Canada. M. J. Winipeg*, 1907, p. 307-309.
- CHEVALIER (Paul-Louis). — De l'appendicite pelvienne. *Thèse de Paris*, 1900.
- * DEEVER. — Rapports de l'appendicite avec les affections des annexes et la grossesse. *Med. New.*, 1897.
- FRESQ. — Grossesse extra-utérine et appendicite. Diagnostic différentiel et coexistence. *Thèse de Paris*, 1912.
- FORDYCE. — Reflux du sang dans la cavité péritonéale (Soc. d'obst. d'Edimburg) *Edimburg med. Journ.*, 1912, t. VIII, p. 531.
- FAURE (J.-L.) ET SIREDEY (A.). — Traité de Gynécologie, Paris. Doïn, éditeur, 1923.
- FREUND. — Appendicitis in *der Schwangerschaft Gynäk.*, 1913, Leipzig.

GABARRIMI. — Le diagnostic entre la grossesse tubaire droite rompue dans le péritoine et la péritonite appendiculaire est-il toujours possible? *Riforma medica*, 1910.

G. GROSS ET HEUILLY. — Des hémorragies extra-péritonéales d'origine génitale, mais non gravidiques. *Archives mensuelles d'obst. et de gyn.*, mai 1913.

GORNITZ RUBINSTEN (M^{lle} VÉRA). — Hématocèle rétro-utérine. Th. Lyon 1899.

GABRIEL. — Les kystes hémorragiques folliculaires. *Arch. fur. Gyn.*, 1901.

GINSBURG (N.). — Pseudomucinous cyst of the appendix complicating ruptured ectopic gestation. *Ann. Surg. Phil.* 1916, t. XIV, 585, 1 pl.

H. HARTMANN. — Appendicite at annexite. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1908.

HERMÈS. — Erfahrungen uber Veränderungen der Wurmfortsatzes bei gynakologischen Erkrankungen. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, avril 1923. Bd. LXVIII, p. 191.

HUNTER ROBB. — Inflammatory conditions of the appendix accidentally brought so high in pelvic operated. *Transactions of the American gynecological society*, Philadelphie, 1905, t. XXX, p. 89.

JACOBS. — Grossesse extra-utérine. *Gynécologie et obstétrique de Bruxelles*, 1907.

JAISSON (C.). — Diagnostic radiologique de l'appendicite pelvienne chez la femme, appendicite ou annexite. *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1921, XLIX, 374-378. 1 pl.

JOUSSOT. — A propos de l'avortement tubo-ovarien. *Thèse de Paris*, 1901.

JOLLY (R.). — Appendicitis and the female genital organs. *Med Weekbl. Amst.*, 1921 XXXIII, 45-50.

LANDEAU (T.). — Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden. Berlin. Hirschwald, 1904.

LAUNAY ET SÉGUINOT. — Etude sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées. *Revue de Chirurgie*, 11 avril 1911.

LAWSON. — Lectures on ectopic frequency et pelvie hématocèle. *British med. Journ.*, 1885-1888.

- LECÈNE. — Deux cas rares de grossesse ectopique. Société obst. gyn. Ped. Mai 1910.
- LEGUEU. — Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1902.
- LEJARS. — Les reliquats de l'avortement tubaire et leur diagnostic. *Semaine med. Paris*, 1910, XXX, 325.
- LINDNER. — Appendicitis und gravitas. *Arch. f. Gynæk*, 1907.
- LOUNAINTE (Lucien-Edmond). — De la coexistence de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine. *Thèse de Paris*, 1923. 48 p. 8.
- MAUCLAIRE. — Infections multiples métaappendiculaires. *Gazette des Hôpitaux*, 24 mars 1904.
- Formes cliniques de l'appendicite. *Bulletin médical*, 20 septembre 1899.
 - Appendicite pelvienne. Société anatomique, 15 février 1897 et 25 mars 1898.
 - Grossesses tubaires. *Médecine moderne*, juillet 1904.
 - Appendicite et annexite. Observation in *thèse de Barnsby*.
 - Drainage des abcès pelviens appendiculaires. Soc. de Chirurgie, 1909.
 - Kyste foetal suppuré. Société de chirurgie, 1915, fig. 97.
- MIKHULOWISKI (L.-P.). — Simultaneous disease of the appendix and of the female genitals. *Sibirsk. Vrach. Gaz.*, Irkutsk, 1911, IX, 145-181.
- MOLIN. — De l'intervention dans les grossesses extra-utérines rompues. *Lyon Chirurgical*, 1921, XXIII, 554-557.
- MARSCHAL (G.-B.). — Case of ruptured tubo-peritoneal gestation at end of third month large pelvic hæmatocèle. *Glasgow. med. Journal*, 1906, LXX, 135-138.
- NEIDL. — A case of ectopic gestation and appendicitis. *The Lancet*. March, 1910.
- NOERMANN. — Appendicite et grossesse extra-utérine. *Munchener Gyn. Gesells*, 1907.
- NOERMANN. — Appendicite et grossesse extra-utérine. *Munch. gyn. Gesells*, 1907.
- PELLET. — Coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Lyon*, 1908.

- PELTAT. — Grossesse extra-utérine. *Thèse de Lyon*, 1909.
- PERQ-ROCHER ET FAVREAU. — Appendicite gangréneuse pelvienne et grossesse. Colpotomie. Guérison. *Bulletin Soc. d'obst. et de gynécologie de Paris*, 1921, X, 83-88.
- PETERSON. — A relation of the appendix to pelvic diseases based upon a clinical and microscopic Study of 200 cases. *American Journal of obstetrics, New-York*, juillet 1904; P. J.
- PINARD. — Rapports de l'appendicite et de la grossesse. *Revue de Chirurgie*, 1900.
- Documents pour servir à l'histoire de la grossesse tubaire Paris, G. Steinheil, 1892.
- PROUST. — Chirurgie de l'appareil génital de la Femme. Paris, Masson, 1907.
- POTHERAT. — Salpingite et appendicite. Société de chirurgie, 1902.
- QUILLARD (A.). — De l'appendicite chez la femme. *Thèse de Lyon*, 1900.
- ROUVILLE (de). — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique présentant des lésions hémolymphangiomeuses. *Montpellier Medical*, 1909.
- ROTH (Franz Ludwig). — Ueber Extrauterin-Schwangerschaft Würzburg, Stahel, 1863.
- RUSSEL-ANDREW. — Deux cas de rétention des règles avec épanchement sanguin libre dans le péritoine. *The Journal of obst. and gyn. of the Br. Temp.*, 1911, t. XXXIV.
- RUTH (C.-E.). — Coincident ruptured ectopic gestation and acute suppurated appendicitis. *Am. J. obst et Gynec.* Saint-Louis, 1922, III, 525. Discussion, 534.
- RICHARDSON (W. S.). — Acute appendicitis complicated by tuhal gestation. *Guy's Hop. Gaz.* Lond., 1916, XXX, 403.
- SHOEMAKER (G.-E.). — Appendicitis with ruptured extra-utérine pregnancy. *The Phila. Acad. Surg.* 1908, X, 262-264.
- TARTENSON. — Les hémorragies et l'hématocèle intra-péritonéale sans grossesse ectopique. *Thèse de Lyon*, 1909.

- TÉMOIN. — Grossesse tubaire rompue et appendicite (coexistence).
Association française de Chirurgie. Congrès de 1903.
- Coexistence de l'hématocèle rétro-utérine et de l'appendicite. Société de chirurgie de Paris, 25 novembre 1902.
- THEL. — Du diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Lausanne*, 1908.
- VEAU. — De l'appendicite. *Bull. Soc. de pédiat. de Paris*, 1914, XVI, 20-39.
- VIGNARD (E.). — Deux observations de rétroversion utérine pendant la grossesse. *Gaz. méd., Nantes*, 1909. 2 s. XXVII, 764-774.
- VILLAR. — Appendicite chez la femme. *Congrès international de Gyn.* Amsterdam, 1899, p. 124.
- WELLS (W.-H.). — Report of a case of ruptured tubal gestation sac, with secondary attachment of the ovum to the cœcum. *N. York, M. J.*, 1906 LXXXIV, 883.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE N. MALOINE
